

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.

Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.

La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.

L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.

En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Diagnostic et Biologie :

La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.

Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Educations :

L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.

Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Prothèses :

En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.

La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.

La radio-après soins est obligatoire, en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

Déclaration : contact@mupras.com
Mise en charge : pec@mupras.com
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

S : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° M21- 0057849

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6405 Société : 103 L13

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL ASLI HOUSSAINE

Date de naissance : 28/11/1964

Adresse : Lot Lina, 216, Sidi Maarouf, Casablanca

Tél : 066413586 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 03 FEV. 2022

Nom et prénom du malade : EL-ASLI-HOUSSAINE Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : ALD ETROPEE

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casa Le : 03 FEV 2022

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
03.03.2022	C2		3000	Dr. Youssef BELABEN DENTISTE Foraj n° 5 Route Bouskourt Bordj 25000 Etage - Casa Tél: 0551 32 90 55

[illegible][illegible]

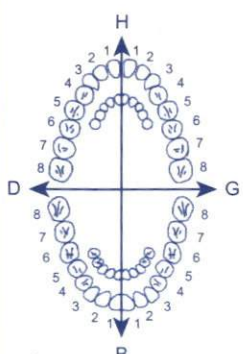
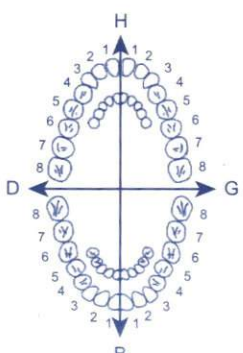
AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	
	10 <u>02</u> 2022				2300 DH

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'odontologue.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		DATE DU DEVIS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'É

RIZKI OPTIC



Facture N° 0095/2022

LE: 10/02/2022

Client: Mme. SOUAFI NAIMA

	SPHERE	CYLINDRE	AXE	ADDITION
ŒIL DROIT	+2.00	-1.25	90°	+2.50
ŒIL GAUCHE	+1.50	-0.50	65°	+2.50

Vision de loin :

Vision de près :

Monture : OPTIQUE

Monture :

Verre : PROGRESSIF ORGANIQUE AR

Verre :

Montant de la vision de loin :

Montant de la vision de près

ŒIL DROIT	1250
ŒIL GAUCHE	1250
MONTURE	400

ŒIL DROIT	
ŒIL GAUCHE	
MONTURE	

PRIX T.T.C : 2900 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de **Deux mille neuf cent Dirhams**

RIZKI OPTIC
OPTICIEN OPTOMETRISTE
N°142-LOT DANDOUNE
SIDI MAAROUF-CASABLANCA
Tél : 0522 97 34 72

142, LOT Dandoune - Sidi Maârouf - Casablanca. Tél : 05 22 97 34 72

Patente : 36125956 IF : 20798514 RC : 431448

ICE : 001957304000041



095011201

Docteur Youssef BELAHMER

OPHTALMOLOGISTE



الدكتور يوسف بلحمر
طب العيون

Spécialiste des Maladies & Chirurgies des yeux
CATARACTE : Chirurgie par PHACOEMULSIFICATION
MYOPIE : Traitement par LASIK - LASER EXCIMER
LASER ARGON YAG ECHOGRAPHIE RETINNIENNE

136, Im. FARAJ N° 5 - Lot Lina - Sidi Maârouf - Oulad Haddou - 2^e Etage
Casablanca - Tél : 05 22 58 30 73 / 0700 756 754 - Urgences : 0661 32 90 66

E-mail : dr.belahmer@gmail.com

Sur Rendez-vous

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون
جراحة الجلحاحة بالفاكو. الأشعة فوق الصوتية.
جراحة قصر البصر. العلاج بالليزر إكسيمير و اللازيك.
طب الحول. عدسة الإتصال. الليزر. راديو الشبكة

136، إقامة فرج رقم 5 - تجزئة لينا - سیدی معروف - أولاد حدو - لطابق الثاني - الدار البيضاء

الهاتف : 0661 32 90 66 / 0700 756 754 - الحالات المستعجلة : 0522 58 30 73

البريد الإلكتروني : dr.belahmer@gmail.com

بالموعد

Casablanca, le : 03 FEB. 2022 : الدار البيضاء في

RIZKI OPTIC
OPTICIEN OPTOMETRISTE
N° 142-EST MAAROUF
SIDI MAAROUF-CASABLANCA
Tél : 0522 58 34 72

SOUAFI

NAINA

Mr. Souafi Naina

OD: +2 / 1,25 à 90°

OG: +1,50 / 0,50 à 65°
phakic contact lens

OD: +2,50 / 1,00
OG: +2,50 / 1,00

Dr. Youssef BELAHMER
OPHTALMOLOGISTE
136, Im. Faraj N° 5 - Route Boukoura
Sidi Maârouf - 2^e Etage - Casa
Tél: 0522 58 30 73 - Gsm: 0661 32 90 66

Docteur Youssef BELAHMER

OPHTALMOLOGISTE



الدكتور يوسف بلحمر
طب العيون

Spécialiste des Maladies & Chirurgies des yeux
CATARACTE : Chirurgie par PHACOEMULSIFICATION
MYOPIE : Traitement par LASIK - LASER EXCIMER
LASER ARGON YAG ECHOGRAPHIE RETINIENNE

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون
جراحة الجلابة بالفاكو. الأشعة فوق الصوتية.
جراحة قصر البصر. العلاج بالليزر إكسيمير واللازيك.
طب الحول. عدسة الإتصال. الليزر. راديو الشبكة

136, Im. FARAJ N° 5 - Lot Lina - Sidi Maârouf - Oulad Haddou - 2^e Etage
Casablanca - Tél : 05 22 58 30 73 / 0700 756 754 - Urgences : 0661 32 90 66
E-mail : dr.belahmer@gmail.com

136، إقامة فرج رقم 5 - تجزئة لينا - سيدي معروف - أولاد حدو - الدار البيضاء
الهاتف : 0661 32 90 66 / 0700 756 754 / 0522 58 30 73 - الحالات المستعجلة :
البريد الإلكتروني : dr.belahmer@gmail.com

Sur Rendez-vous

بالموعد

Casablanca, le : 03 FEB 2022 : الدار البيضاء في

EL ASLI HOUSBAINE.

I AM W NS

Mr 3 /
Allyocann

Mr 3 /
Dufouin propo uni
A Mr L!

Dr. Youssef BELAHMER
OPHTALMOLOGISTE
136, Im. Faraj N° 5 - Route Boukoura
Sidi Maârouf - 2^e Etage - Casa
Tél: 0522 58 30 73 Gsm: 0661 32 90 66